

KEHRER

ON OUBLIE SOUVENT...

A L Z H E I M E R

Prof. Granser

**CLINIQUE**

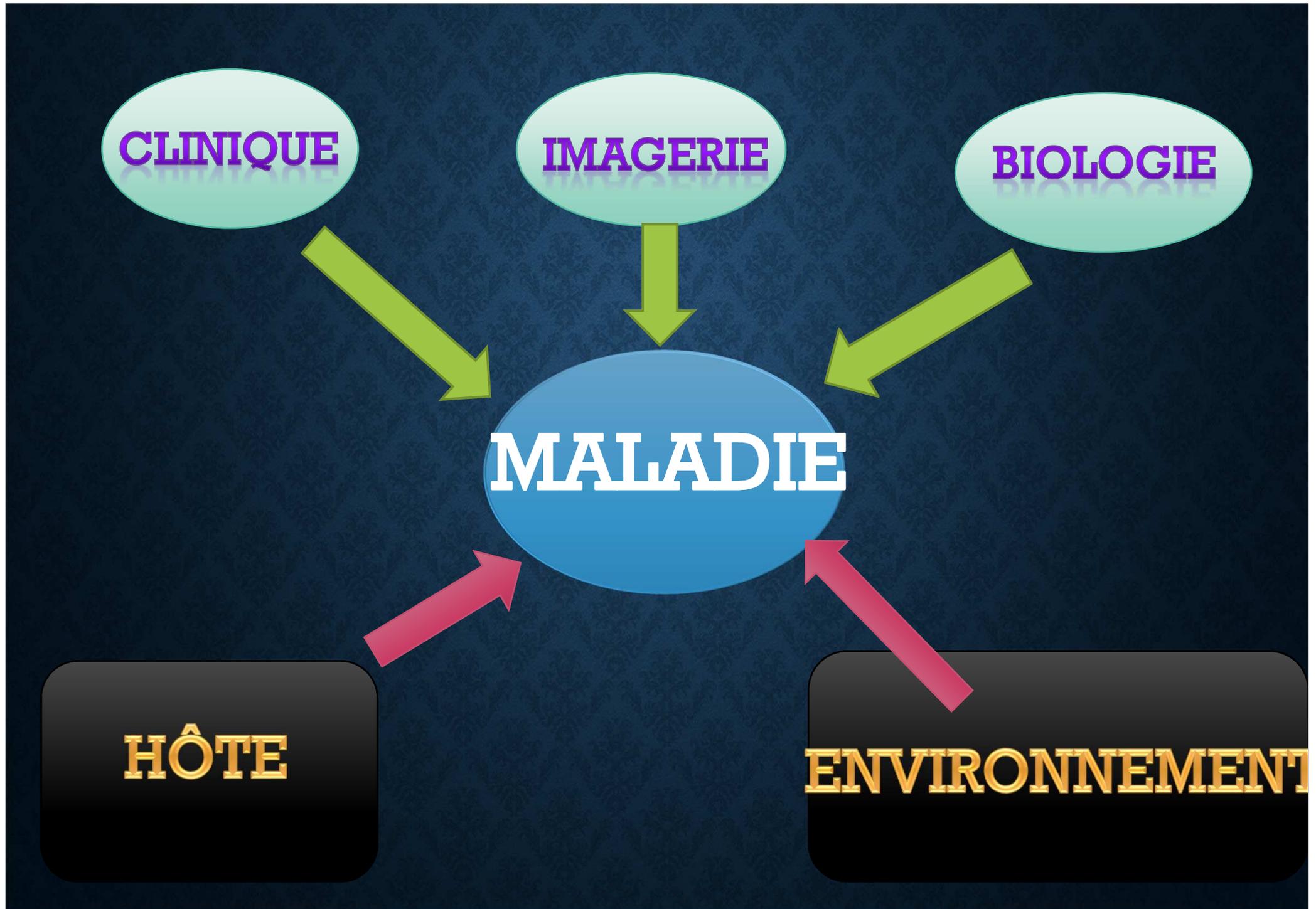
**IMAGERIE**

**BIOLOGIE**

**MALADIE**

**HÔTE**

**ENVIRONNEMENT**



PAYS	INCIDENCE (x100.000)	MORTALITÉ (x100.000)	PIB pc	1ère LOC.	E. DE VIE (années)	ANALPHAB ET
Chili	37	15	17.222 US	Sein	82	3,5%
Argentin	65	22	17.516 US	Sein	79	2,7%
Bolivie	27	9	4.789 US	Cérvix	69	5,2%
Brésil	46	15	11.769 US	Peau	78	8,6%
Equateur	24	8	8.492 US	Peau	79	7%
Uruguay	80	26	15.112 US	Sein	80	2,3%
Haití	22	7	1.300 US	Cérvix	64	48%
France	88	16	36.000 US	Sein	85	1%

# CANCER DU SEIN AU CHILI:

UN CHANGEMENT EST-IL  
POSSIBLE ?



M. Gallardo; C.Carvajal; V. López;  
M.Russo



# 1984: CONGRÈS DE LA SFSPM, MONTPELLIER

30 ANS APRÈS...HALSTED-  
FISHER  
AVONS NOUS  
CHANGÉ ?

SITUATION ACTUELLE

# CANCER DU SEIN AU CHILI

- Prise en charge.
- Programme National Cancer du Sein 1995.
- Programme AUGÉ 2005.
- Mammographie.
- Examen de Médecine Préventive.
- Dépistage-Registre National du cancer.

# MATHÉRIEL ET MÉTHODE.

- 1204 DOSSIERS CLINIQUE IRAM STGO CHILI
- PATIENTES TOUTE CONDITION ÉCONOMIQUE
- Période (A) : 1978-1981 ( 223 femmes )
- Période (B) : 2001-2004 ( 981 femmes )
- Patientes venues par radiothérapie adjuvante ,visé curative ,après chirurgie .RCP avant et après chirurgie .
- Éliminées : métastatiques ; dossiers n'ayant pas la réponse à chaque question.
- Données Recueillies : 1 .- Date et Mode de suspicion ,(examen physique et mammographie). 2.- Délai suspicion/confirmation diagnostique (Bp) . 3.- Taille tumorale .4.- CCIS . 5.- Traitement chirurgical.

**RÉSULTATS.**

**Tableau 1: Rapport Période A v/s Période B**

Périodes		(A)	(B)
<b>Mode de suspicion*</b>	Clinique	99,5% (208)	60% (575)
	Mammographique	0,5% (1)	40% (388)
	<b>Total</b>	<b>100% (209)</b>	<b>100% (963)</b>
<b>Délai suspicion/ diagnostique*</b>	<b>Jours</b>	<b>98</b>	<b>41</b>
<b>Type histologique *</b>	CCIS	6% (11)	18% (175)
	Infiltrant	94% (169)	82% (798)
	<b>Total</b>	<b>100% (180)</b>	<b>100% (973)</b>
<b>Taille tumorale *</b>	T1	39% (67)	55% (516)
	T2-T4	61% (103)	45% (429)
	<b>Total</b>	<b>100% (170)</b>	<b>100% (945)</b>
<b>Chirurgie*</b>	Mastectomie totale	49% (102)	21% (198)
	Traitement conservateur	51% (107)	79% (764)
	<b>Total</b>	<b>100% (209)</b>	<b>100% (962)</b>

\*p<0,001

# I. MODE DE SUSPICION

- Période A= 99,5% examen physique;  
0,5% mammographie.
- Période B= 60% examen physique;  
40% mammographie

## II. DELAI ENTRE SUSPICION ET CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE (BP)

- Période A= 98 jours de médiane.
- Période B= 41 jours de médiane.

### III. TAILLE DE LA TUMEUR

Période A = T1 31% ; T2-T4 61%

Période B = T1 55% ; T2-T4 45%.

### IV. Carcinome canalaire *in situ*

Période A/ Période B = Augmentation de 6% à  
18%

## V. CHIRURGIE

•Période A = Mastectomie totale 49 %; Traitement Conservateur = 51%

•Période B= Mastectomie totale 21%; Traitement Conservateur = 79%

# DISCUSSION.

- Effectivement ,il est possible de changer ,et cela ,en bénéfice direct de nos malades et de l'économie du pays .
- Nous nous réjouissons de cette évolution mais ,au fond de cet écran positif ( But secondaire du PNC réussi

# NOUS NOUS APERCEVONS QUE

:

- Les stades III et IV dépassent le 30% depuis longtemps ( le Programme national arrive ,par définition trop tard...)

- ***TAUX DE MORTALITÉ PAR CANCER DU SEIN EN HAUSSE***

- Dans les années 90 = 12 à 13  
x100.000 femmes ,823 décès.
- En 2008 = 14,5x100.000 femmes  
,1228 décès .
- En 2009 = 15,7x100.000 femmes  
, 1339 décès

## ACQUIS.

Tumeur < 1cm = survie à 5 ans de 90%  
(Trait St).

La meilleure méthode pour arriver à ce seuil  
reste la mammographie.

Le problème du Dépistage n'est pas  
l'ineffectivité mais le mauvais rapport coût-  
effectivité .

La génomique n'est pas encore capable de  
partager entre " les Vraies et les Faux "  
cancers ,par conséquent le SurDiagnostique

**IL NOUS FAUT ENCORE CHANGER.**

**ET, POUR CELA FAIRE ,NOUS AVONS 3  
PROPOSITIONS**

**PROPOSITIONS.**

lère

## Éducation en cancer du sein:

À partir de l'école. Prévention de l'obésité, de l'alcoolisme, du tabagisme; importance de l'activité physique. Élimination des craintes et des mythes et information sur les étapes à suivre pour le diagnostic ,le traitement et le suivi .

2

è

**REGISTRE NATIONAL DU**

**CANCER:** il nous faut des chiffres

fiables (À LA BASE DE TOUT

PROGRAMME ANTICANCER)

## 3<sup>e</sup> DÉPISTAGE MODULÉ

- Ceci implique un dépistage « ciblé » sur des groupes à Haut, Moyen et Bas Risque.
- Rythme de suivi mammographique adapté à chaque groupe (intervalle à discuter)
- Bénéficiaires : Femmes entre 50 -75 ans (mortalité maximale au Chili, femmes > 65 ans)
- Niveau de Risque : défini ,cliniquement, par les antécédents personnels déjà validés.
- Critère mammographique: densité mammaire.

# CONCLUSION.

L'évolution (changer) est possible, voire, inévitable.

Le cancer du sein au Chili se passe dans un contexte économique et épidémiologique autre qu'en Europe. Il nous faut, donc, adapter vos standards à notre réalité. En changeant les outils, les définitions de notre PNC et avec la création d'un Registre

National du Cancer pour accompagner la

